

Wundassessment

für Wunde Nummer: _____

1. Patientendaten oder -aufkleber

Vorname und Name _____ Geburtsdatum _____ / ____ / ____

Datum der Erhebung _____ durch (Hz.) _____

Aktuelle Wunde seit _____ Zuständige Pflegekraft _____

Rezidivzahl _____ Zuständiger Arzt _____

4. Lebensqualität

Schmerzen: chronisch zyklisch

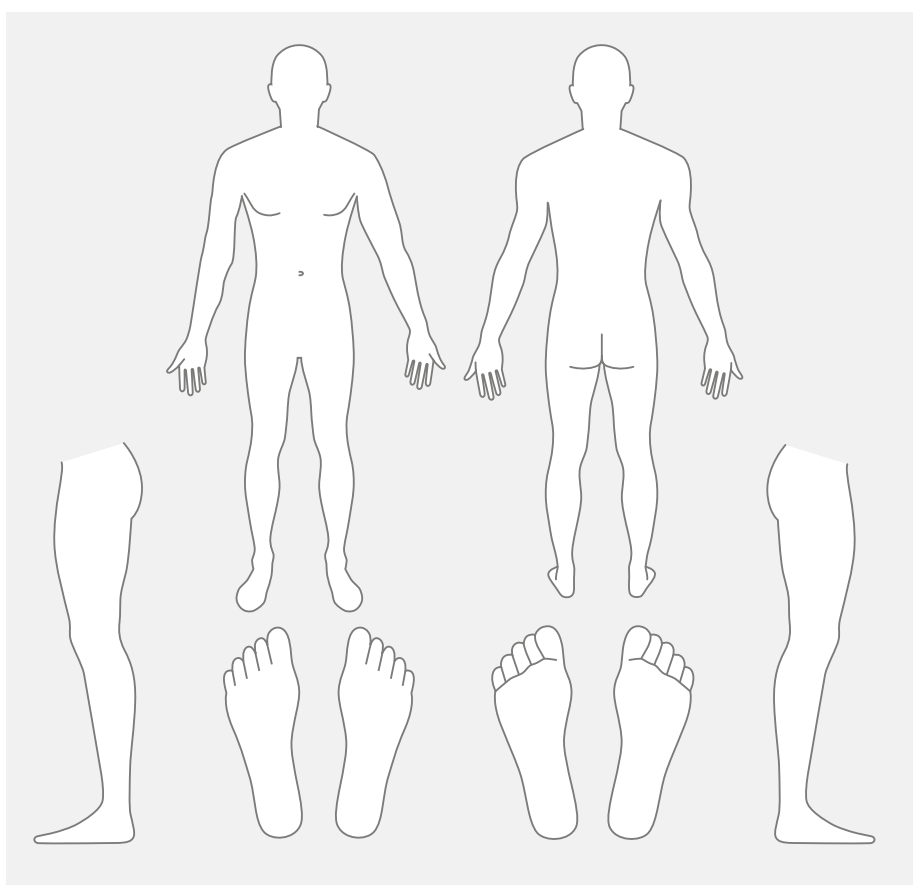
aktuelle Schmerzmessung:
 Numerische Rating-Skala (NRS) Visuelle Analog Skala (VAS)

Schlafstörungen:

5. Wundheilungsstörungen

<input type="checkbox"/> Diabetes melitus	<input type="checkbox"/> Wundinfektion	<input type="checkbox"/> Raucher
<input type="checkbox"/> Immobilität	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Immunschwäche
<input type="checkbox"/> Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Eiweißmangel	<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Adipositas
<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/> Antibiotika	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> venös	<input type="checkbox"/> Zytostatika	<input type="checkbox"/> Automanipulation
<input type="checkbox"/> arteriell	<input type="checkbox"/> _____	

7. Lokalisation der Wunde _____ (Bitte bezeichnen!)



9. Fotodokumentation

Nein Ja, Datum: _____ / ____ / ____

2. Wundart

Dekubitus

Diabetischer Fuß

Ulcus cruris:
 venosum (Widmer 3b)
 arteriosum
 mixtum

onkologische Wunde

Verbrennung

sekundär heilende OP-Wunde

Sonstige:

3. Bisherige Diagnostik

Gefäßuntersuchungen
 venös arteriell

_____ Datum _____

Neurologisch (Neuropathie:
 autonom motorisch sensorisch)

Mikrobiologie:

Was ist das größte Problem durch die chronische Wunde aus Sicht des Betroffenen?

Sichtweise des Betroffenen zu seiner Wunde:

6. Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement

Wie geht der Betroffene mit den krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen um?
 Was weiß der Betroffene über seine Wundentstehung, die Therapie und Prävention?

8. Zuletzt durchgeführte Therapien

Lokale Therapien

Spülung
 NaCl 0,9%
 Ringer

Antiseptika
 Polyhexanid
 Sonstige

Verband
 Schaumverband
 Alginat
 Hydrogel
 Hydrokolloid
 Folie
 Kompressen
 Sonstiges

Produktname

Débridement

chirurgisch
 autolytisch
 enzymatisch
 bio-chirurgisch
 Sonstige

Kausale Therapien

Kompressionstherapie

Lagerungssysteme
 druckverteilend

Bewegungsförderung
 druckentlastend

Druckentlastung Fuß

Sonstige

Anleitung zu Wundanamnese, Wundverlauf und -therapiebogen

Die Wunddokumentation ist von Profis für Profis entwickelt und anschließend von Wundexperten ICW auf Praktikabilität getestet worden. Sie erfüllt alle fachlichen Voraussetzungen des Expertenstandards »Pflege von Menschen mit chronischen Wunden« und ist zeitsparend auszufüllen.

Die Wunddokumentation besteht aus:

1. **Wundassessment** ist einmalig von einer Pflegefachkraft auszufüllen und ergänzt die medizinische Anamnese durch den ärztlichen Dienst.
2. **Verlaufsbogen** hier wird der Wundzustand bei jedem Verbandwechsel durch Ankreuzen dokumentiert. Wird der Verband nur kontrolliert aber nicht gewechselt, wird dies ebenfalls dokumentiert.
3. **Wundtherapiebogen** auf diesem Bogen wird die angeordnete und durchgeführte lokale sowie kausale Wundtherapie durch Ankreuzen dokumentiert.

Für jede einzelne Wunde wird ein separater Bogen ausgefüllt und die einzelnen Wunden werden von kranial nach kaudal durchnummeriert.

Zu 1 – Wundassessmentbogen

Aktuelle Wunde seit: Zahl und Zeitraum z.B. Monat/Jahr eintragen.

Rezidivzahl: Anzahl der bisherigen Rezidive eintragen.

Lebensqualität: Neben der lokalen Wundtherapie steht die Verbesserung der Lebensqualität im Vordergrund. Aus Sicht der Betroffenen sind wundbedingte Schmerzen eine der häufigsten Einschränkungen. Die erlebten Schmerzen können nur vom Patienten selber quantitativ und qualitativ beschrieben werden. Einhergehend mit Schmerzen können Schlafstörungen sein. Falls vorhanden, wird die Form, also Einschlaf-, Durchschlafstörung oder frühes Erwachen, dokumentiert.

Was ist das größte Problem durch die chronische Wunde aus Sicht des Betroffenen? Die geäußerten Einschränkungen haben maßgeblichen Einfluss auf die folgenden pflegerischen Interventionen.

Die Sichtweise des Betroffenen zu seiner Wunde beinhaltet folgende beispielhafte Aspekte: Was denkt der Patient über seine Wunde? Was glaubt er ist die Ursache? Welche Vorstellungen über Abheilungszeiträume hat der Patient, etc.?

Gesundheitsbezogenes Selbstmanagement: Wie geht der Betroffene mit den krankheits- und therapiebedingten Einschränkungen um? Welche Maßnahmen ergreift er z.B. bei Schmerzen?

Lokalisation der Wunde: Die Wunden werden in das Körperschema eingezeichnet und nummeriert. Die einzelnen Wunden werden von kranial nach kaudal durchnummeriert und die vergebenen Nummern auf dem dazugehörigen einzelnen Dokumentationsblättern vermerkt.

Zu 2 – Verlaufsbogen

Wundklassifikationen: Die unterschiedlichen Wundarten werden nach der entsprechenden Wundklassifikation eingeteilt.

Wundgröße: Die Veränderung der Wundgröße ist ein wesentlicher Faktor, um den Wundverlauf zu dokumentieren und einzuschätzen. Die Bestimmung erfasst die Messung der »größten Länge« und der »größten Breite« mit Orientierung an der Körperachse, Uhrmethode. 12 Uhr ist kopfwärts beim Patienten.

Tiefe: Bestimmung der tiefsten Stelle in cm mit Hilfe von sterilen Materialien.

Besonderheiten: Hier können Veränderungen dokumentiert werden, die noch nicht erfasst sind, oder wenn kein Verbandwechsel, sondern nur eine Verbandkontrolle vorgenommen wurde.

Zu 3 – Wundtherapiebogen

Hier werden ärztliche Anordnungen sowie Tätigkeitsnachweise dokumentiert.

Unter der allgemeinen Bezeichnung wie Schaumverband wird der entsprechende Produktname z.B. Biatain®, eingetragen.

Häufigkeit der Erhebung und weitere Dokumentationen

- › Dokumentation der gesamten Wundsituation alle ein bis zwei Wochen und bei Veränderungen
- › Dokumentation des Wundverlaufes bei jedem Verbandwechsel
- › Fotodokumentation alle 2 bis 4 Wochen oder bei Veränderungen der Wunde
 - › Patienten immer in die gleiche Position bringen (Position dokumentieren)
 - › Wunde vorher spülen
 - › Jeweils gleichen Abstand einhalten
 - › Immer in der gleichen Ebene fotografieren
 - › Übersichtsaufnahme der ganzen Wunde
 - › Blitz verwenden (wegen der Farben)
 - › Wundlineal mit Name, Datum, Wundnummer mit abbilden
 - › Die Fotos werden an den jeweiligen Bogen angeheftet
- › Vor der Fotodokumentation muss das mündliche Einverständnis des Betroffenen oder seines Betreuers eingeholt und dokumentiert werden.

Einteilung eines Dekubitus nach EPUAP (2010)

Kategorie I	Nicht wegdrückbare, umschriebene Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Abblassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.
Kategorie II	Teilerstörung der Haut (bis zur Dermis), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Es kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Blasen, Verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. *Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.
Kategorie III	Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie III variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Sprunggelenk haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie III Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie III Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.
Kategorie IV	Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe des Kategorie IV Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie IV Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.

Stadieneinteilung der chronischen pAVK nach Fontaine

Stadium I	Stenosen oder Verschlüsse ohne Beschwerden
Stadium II a	Claudicatio intermittens mit einer freien Gehstrecke > 100 m
Stadium II b	Claudicatio intermittens mit einer freien Gehstrecke < 100 m
Stadium III	Ruheschmerz und Nachtschmerz
Stadium IV	Ischämie: IV a: Mit trophischen Störungen, Nekrosen; IV b: Sekundäre Infektion der Nekrosen

Gradeinteilung DFS nach Wagner/Armstrong

	0	1	2	3	4	5
A	Prä- oder post-ulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußsteilen	Nekrose des gesamten Fußes
B	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
C	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
D	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie